

Année 1955

281^{N°}

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

Madame F. L O R I née C H E V A L L I E R
Yvonne, Renée, Madeleine

née le 12 novembre 1921 à PARIS 16ème

Présentée et soutenue publiquement
le

T I T R E

A propos d'un cas de myocardite
typhique traitée par la
chloromycétine

PRESIDENT : Monsieur.le Professeur P. MOLLARET.

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

Madame F L O R I née C H E V A L L I E R

Yvonne, Renée, Madeleine

née le 12 novembre 1921 à PARIS 16ème

Présentée et soutenue publiquement

le

T I T R E

A propos d'un cas de myocardite

typhique traitée par la

chloromycétine

PRESIDENT : Monsieur le Professeur P. MOLLARET.



M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, ~~DIABET~~, GOUGEROT (H), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, MARION, MATHIEU, MOCQOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jules VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER. (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE. (A.)
Bactériologie	GASTINEL. (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE. (J.)
Cancérologie médicale et sociale.	HUGUENIN. (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	N...
Cliniques chirurgicales	{ Hotel-Dieu BROCC. (P.)
	{ Broussais. DE GAUDART D'ALLAINES. (F.)
	{ Salpêtrière. MONDOR. (H.)
	{ Cochin QUENU. (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.	MERLE-D'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT. (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE. (M.)
Clinique de chirurgie neuro-pulmonaire.	MONOD. (R.)
Clinique de la tuberculose.	BERNARD. (E.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG. (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER. (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.	ALAJOUANINE. (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE. (R.)
Clinique des maladies infectieuses.	MOLLARET. (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.	DELAY. (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	{ Hôtel Dieu. BENARD (H.)
	{ Bichat LAROCHE. (G.)
	{ Cochin. MOREAU. (R.)
	{ Broussais. DE GENNES. (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.	JUSTIN BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la	
nutrition.	BOULIN. (R.)
Cliniques obstétricales	{ Tarnier LANTUEJOUL. (P.)
	{ Baudelocque. LEVY-SOLAL. (E.)
	{ Port-Royal LACOMME (M.)

.../...

MM.

Clinique ophtalmologique	VELTER. (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN. (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).	RICHERT. (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER. (G.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE. (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME. (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENAQUE. (J.)
Clinique thérapeutique médicale.	LEMAIRE. (A.)
Clinique urologique	FEY. (B.)
Embryologie	GIROUD. (A.)
Génétique	LAMY. (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN. (M.)
Histologie	CHAMPY. (C.)
Hygiène et clinique et la première enfance	CATHALA. (J.)
Hygiène et médecine préventive.	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOLLE. (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE. (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.	MENEGAUX. (G.)
Pathologie exotique.	LAVIER. (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE. (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	HERPILLET. (F.-P.)
Pathologie médicale	DAISLEY. (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARGEN. (J.)
Pédiatrie Sociale	MARIE. (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD. (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON. (A.)
Physiologie	BINET. (L.)
Physique médicale.	STROHL. (A.)
Radiologie médicale.	DESGREZ. (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET. (P.)
Thérapeutique	TURPIN. (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES ET AGREGES

MM.

MM.

Anatomie	{ DEBEYRE (J.) : DELMAS (A) Pr.s.ch. N....	Dermato Syphiligraphie. DUPERRAT (F.)	{ BULLIARD (H.) Pr.s.ch. COUJARD. (R.)
Anatomie pathologique	{ GAUTIER-VILLARS. (Melle P.) Pr.s.ch. BUSSER. (F.) GOUYGOU. (C.)	Histologie	{ N.... DEBRAY. (C.)
Bactériologie.	{ FASUELLE (R.) NEVOT. (A.)	Hydrologie	{ BOYER. (J.) DEPARIS. (M.)
Biologie médicale . . .	{ BOURNIERE (F.) ETTORI (J.) Pr.s.ch.	Hygiène	{ DEROBERT. (L.) GAULTIER. (M.)
Chimie Médicale.	{ JAYLE (M.F) Pr.s.ch. SCHAPIRA; (G.)	Médecine légale et du travail	{ HADENGUE. (A.) DAVID. (M.)
		Neurochirurgie.	SEZE. (S. do)
		Neurologie.	

MM.		MM.
	(GRASSET. (J.)	(BERNARD. (J.)
	(LEPAGE. (F.)	(BOUDIN. (G.)
	(MAYER. (M.)	(CASTAIGNE. (P.)
Obstétrique	(MERGER. (R.)	(CONTE. (M.)
	(MORIN. (P.)	(DECOURT. (J.)
	(RAVINA. (J.)	(DOMART. (A.)
	(VARANGOT. (J.)	(DREYFUS (Gilbert)
Ophtalmologie	(OFFRET. (G.)	(FAUVERT. (R.)
	(DESVIGNES. (P.)	(HAMBURGER. (J.)
Orthopédie	(JUDET. (R.)	(KOURILSKY (R.)
	(HALPHEN (E) Pr.s.ch.	(LAMOTTE. (M.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY. (M.)	(LAROCHE. (C.)
	(MADURO. (R.)	(MILLIEZ. (P.)
Parasitologie	(BRUMPT. (L.)	(PEQUIGNOT. (H.)
	(CHABAUD. (A.)	(PERRAULT. (M.)
	(ABOULKER. (P.)	(RAMBERT. (P.)
	(BAUMANN. (J.)	(THIEFFRY. (St.)
	(GOSSET. (J.)	(TURIAF. (G.)
	(HUGUERR. (J.)	(JCSEPH. (R.)
	(LAURENCE. (G.)	(LAPLANE. (R.)
	(LEGER. (L.)	(N.....
Pathologie	(LORTAT-JACOB (J.)	(LEVY (Melle J) Pr.s;ch.
chirurgicale . .	(OLIVIER. (Cl)	(CHEYMOL (J-H) Pr.s.ch.
	(PADGWANI. (P.)	(BARGETON (D.) Pr.s.ch.
	(POILLEUX. (M.)	(PARROT. (J.L.)
	(ROUX. (M.)	(DJOURNO (A.) Pr.s.ch.
	(RUDLER. (J.-C.)	(GOUGEROT. (L.)
	(CERNE. (J.-M.)	(KREIS. (B.)
Pathologie expérimentale	(N....	(BARUK. (H.)

MM.

Psychiatrie infantile.	(NICHAX. (L.)
	(CERNEA. (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme. A)
Thérapeutique	PERRAULT chargé de l'enseignement
Urologie	(KUSS. (R.)

III.-- PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES
 RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.)	GATELLIER (J.)
(Obstétrique),	(Clinique chirurgicale)
LE LORIER (V.)	VAUDESCAL (R.)
(Obstétrique);	(Obstétrique)

.../...

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Clinique chirurgicale	{	AMELINE. (A.)	Clinique médicale	{	HAGUENAU (M) P.s.c
		PATEL. (J.)			MARCHAL (G.)
		SICARD. (A.)			SOULIE. (E.)
Clinique médicale . .	{	BROUET. (G.)	Clinique obstétricale . . .	{	ESCALLE. (G.)
		CACHERA. (R.)			RENARD. (G.)
					COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire Général de la Faculté	MOREL. (J.)
Secrétaire	Melle. CHAINTREUIL. (G.)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN. (A.)
Conservateur	Melle GOICHON
Bibliothécaires	{ Melles DUMAITRE (P.); LENOIR. (G.)
	{ METIN. (F.), QUIEVREUX. (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A r e s P a r e n t s ,

A m o n M a r i ,

A m e s E n f a n t s .

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur P. M O L L A R E T

Professeur de la Clinique des Maladies Infectieuses
à la Faculté de Médecine de Paris ,

Chef de Service à l'Institut Pasteur ,

Médecin de l'Hôpital Claude Bernard ,

Officier de la Légion d'Honneur ,

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

qui a inspiré ce travail ;

avec l'expression de notre reconnaissance
pour toutes les marques de sympathie et les
précieux conseils qu'il n'a cessé de nous
témoigner.

I - INTRODUCTION

Le traitement de la fièvre typhoïde par la chloromycétine n'a pas fait disparaître la myocardite typhique telle que la décrivaient les classiques. Le présent travail en présente un cas récemment observé à la Clinique des maladies infectieuses et rapporte le traitement qui a été institué à la lumière des nouvelles thérapeutiques.

La fréquence des altérations macroscopiques du coeur au cours de la fièvre typhoïde a été signalée par LOUIS dès 1829. Quarante ans plus tard le collapsus typhique déjà cliniquement décrit par WUNDERLICH et GRIESINGER, fait l'objet d'une étude spéciale de DIEULAFOY, dans sa thèse inaugurale, et de HAYEM. Ce dernier pour lequel "il est peu de fièvres typhoïdes qui au cours du 3ème septenaire ne présentent pas des signes cardiaques plus ou moins marqués" rapporte cet accident à des lésions du myocarde.

Des travaux considérables se succèdent alors pour tenter de prévoir cette atteinte cardiaque, les uns cliniques, parmi lesquels il faut noter ceux de FRANTZEL, BARIE, POTAIN, CHAUFFARD, GAILLARD, J. RENAULT, LIAN, LAUBRY et AUBERTIN ainsi que de nombreuses thèses qui lui ont été consacrées, les autres histologiques réalisés par ZENKER, LANDOUZY et SIREDEY, MOLLARD et REGAUD, plus récemment FIESSIENGER et Mlle Roudowska.

La thèse de DE BRUN a repris ces travaux en vue d'isoler la myocardite typhique des manifestations brutales comme le collapsus et la syncope.

.../...

Avec la pratique de l'électrocardiographie la recherche systématique des altérations du tracé dont l'étude a été faite par le Professeur CLERC et son école, par le Professeur AUBIBERT et l'école de MARSEILLE, dans les thèses de LESSARD et de Madame RAYBAUD SAILLET, permet de constater la présence de signes de myocardite avant même que ces signes apparaissent cliniquement.

Enfin dans des communications récentes et à la lumière des nouveaux traitements BENHAMOU et ses collaborateurs ont observé sur 300 cas de fièvres typhoïdes traités par la chloromycétine 15 cas de myocardite dont 5 suivis de morts. D'autre part de nombreuses publications et statistiques, si elle montrent la transformation complète de la clinique de la fièvre typhoïde, font apparaître également quelques cas, rares il est vrai, de myocardite typhique avec sa symptomatologie classique: tachycardie, assourdissement des bruits du coeur, galop, enchycardie, s'accompagnant d'un pincement de la tension artérielle avec abaissement de la maxima.

.../...

II -

Dans le cas qui nous interesse nous sommes en présence d'une jeune fille de 23 ans qui entre dans le service du Professeur MOLLARET à l'hôpital Claude Bernard le 23 janvier 1955 pour une fièvre persistante à 40°, avec le diagnostic d'état septicémique d'origine probablement typhoïdique.

HISTOIRE de la MALADIE

Nous apprenons que la jeune Annick Le D... sous alimentée et déjà fatiguée depuis un mois a mangé le 9 janvier des huitres envoyées directement de Bretagne, de plus elle boit habituellement de l'eau douteuse d'une citerne.

La semaine suivante elle trouve que son asthénie augmente de façon inexplicable, elle se sent fébrile sans toutefois prendre sa température, présente quelques frissons, de l'insomnie.

Le 15 janvier

- on note des frissons, une température à 40°3 contrôlée.
- la malade s'alite.

Le 16 janvier

- La température se maintient à 40°. La malade reste lucide mais se plaint d'insomnie nocturne.
- Pas de céphalée, pas de vertige, pas d'épistaxis, mais apparaissent des troubles digestifs : vomissements
coliques abdominales
diarrhées.

Les jours suivants la température reste toujours élevée aux environs de 40°, s'accompagnant de troubles digestifs. Apparition de la menstruation à la date normale, d'abondance minime (ce qui égare un instant le diagnostic).

Le 21 janvier

Un médecin consulté constate en plus de la température élevée, de l'insomnie et des troubles digestifs ;

- à l'examen abdominal un splénomégalie importante,
- à l'auscultation cardiaque une tachycardie non en rapport avec la température ,
- il ne note pas de dicrotisme du pouls ni d'assourdissement du premier bruit du coeur.

Pensant à une fièvre typhoïde il prescrit 2 g. de chloromycétine à répartir en 24 heures et d'hydropénicilline 1.000.000 U par jour et fornocarbène.

Par suite d'une erreur de répartition la malade absorbe sept comprimés soit 7 g. 75 de chloromycétine en 7 heures ce qui constitue une légère dose de charge.

Malgré ce traitement le lendemain et le surlendemain n'ayant pas constaté d'amélioration, la malade entre à l'hôpital Claude Bernard.

A ce moment le dimanche 23 janvier l'interne de garde constate :

- 1° - La malade n'est pas plongée dans le typhus ,
- 2° - La température est très élevée à 41 °,
 - son pouls est à 130 pulsations par minute, pas de dicrotisme.
- 3° - La malade présente des troubles digestifs ,
 - sa bouche est sèche, ses lèvres sont fendillées, fuligineuses ,
 - il existe une diarrhée abondante et des vomissements .

.../...

4° - On observe des taches rosées, lenticulaires, péri ombilicales.

5° - A la palpation et à la percussion: splénomégalie importante.

- A l'examen cardiaque , une tachycardie,

La tension artérielle est à 14 - 8.

On fait pratiquer :

Une hémoculture qui sera positive à l'Eberth, malgré un traitement de deux jours soit 4 g. de chloromycétine.

Un séro-diagnostic qui donne à l'Eberth

A_{00} 1/800

A_h 1/200

Une formule sanguine qui est normale

G R = 4.660.000

G B = 8.000 Poly 72 %

Lymphocytes 25 %

Monocytes 3 %

Urée sanguine = 0 g. 15

Devant le tableau clinique, sans attendre les résultats de laboratoires, on pose le diagnostic de fièvre typhoïde et on prescrit, à répartir en 24 heures, 2 g. de chloromycétine, mais devant la tachycardie, craignant une complication cardio-vasculaire, on y associe XX gouttes de coramine.

Antécédents

Pas de notion de vaccination. La malade aurait eu une fièvre typhoïde à l'âge de quatre ans. Rien de saillant parmi les antécédents familiaux. Il est à noter que les personnes ayant participé au repas

incriminé n'ont présenté aucun trouble, mais par contre une de ses compagnes ayant bu de l'eau de la citerne présenterait à l'heure actuelle une fièvre typhoïde.

Le 24 janvier : soit au 2ème septenaire de la maladie,

La malade ne présente pas de tymphos, mais un léger état d'excitation avec une certaine difficulté de concentration, une légère oppression sans dyspnée véritable.

Sa température est à 39°.

La diarrhée est très importante - pas de vomissements.

A l'examen

La bouche est sèche, on note la présence du muguet,

A l'examen de la gorge on trouve la classique angine

de DUCUET - une ulcération sur le pilier antérieur

droit ovalaire d'un centimètre de diamètre

indolore, et une autre sur le bord inférieur

de la luette.

Sur l'abdomen on retrouve les tâches rosées, lenticulaires, péri-ombilicales et sur les flancs.

A la palpation de l'abdomen on trouve :

- une splénomégalie importante, la rate déborde de deux travers de doigt le rebord costal ,
- un abdomen sensible dans son ensemble et surtout dans la région hépato-vésiculaire,
- pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

A l'examen pulmonaire :

quelques râles de bronchites disséminés dans les deux champs pulmonaires.

L'examen neurologique ne révèle rien d'anormal.

A l'examen cardiaque on trouve :

- Une tachycardie sans arythmie ,
- Les bruits du coeur sont bien frappés, non assourdis mais apparait un bruit de galop encore difficilement perceptible.
- Le pouls est à 140 pulsations par minute.

Les urines sont plus rares mais à cause de la diarrhée on ne peut rechercher l'albumine.

Pas d'oedème à signaler aux membres inférieurs .

Le traitement : 2 g. de chloromycétine,

XXX gouttes de coramine est poursuivi.

Le lendemain 25 janvier

Le tableau clinique est presque identique, mais s'est aggravé.

En effet ;

- La malade montre une légère désorientation avec délire et anxiété sans état de tупhos vrai, elle est un peu dyspnéique, on ne note pas de cyanose.
- La diarrhée a presque totalement disparu, ainsi que les vomissements.
- La température est en légère baisse,
- La splénomégalie est sans modification, pas de foie douloureux, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.
- A l'auscultation pulmonaire quelques râles aux bases.

.../...

Mais maintenant les signes d'auscultation cardiaque signalent l'atteinte du myocarde; en effet on trouve surajouté à la tachycardie un bruit de galop très net, ce rythme à trois temps décrit par POTAIN, "caractérisé essentiellement par l'addition aux deux temps normaux d'un troisième étranger à celui-ci, qui n'est ni un souffle, ni un frottement mais un bruit bien frappé, interposé dans l'un ou l'autre silence".

Les bruits du coeur sont nets, mêmes éclatants. La tension actuelle a encore baissée, elle est à $9\frac{1}{2}$ - $7\frac{1}{2}$, donc avec pincement de la différentielle.

Le pouls est à 120 pulsations par minute.

Aux membres inférieurs, pas d'œdème, pas de signe de phlébite.

Un électrocardiogramme pratiqué à ce moment montre :

Une tachycardie régulière aux environs de 180 sinusales,

Le segment ST est très légèrement sous nivelé.

En dérivations périphériques :

P R $\neq$ 11/100

A P $\neq$ 80°

A Q R S $\neq$ + 30°

A T $\neq$ + 100

Dérivations précordiales

Rapport $\frac{R}{S}$ en V_1 $\frac{4,5}{12}$

zone de transition en V_3

Rapport $\frac{R}{S}$ en V_5 $\frac{11}{2,5}$

Onde T aplatie légèrement en V_5

En conclusion divergence des axes de QRS et de T avec aplatissement de T, allongement du segment ST, traduisant une diptonie neuro-végétative.

Devant l'anxiété de la malade légèrement dyspnéique, cette tachycardie avec apparition d'un bruit de galop et le maximum de la tension artérielle qui en quatre jours a baissé de $14 \frac{1}{2}$ à $9 \frac{1}{2}$ avec pincement de la différentielle, l'atteinte du myocarde ne fait plus de doute avec toute la gravité que pose un pareil diagnostic.

Aussi après une discussion thérapeutique que nous analyserons dans une autre partie est-il décidé pour juguler cette complication d'augmenter les doses de chloromycétine à 2,5% par jour et d'y adjoindre un traitement tonique cardiaque majeur sous forme d'ouabaïne en injection intraveineuse d'un quart de milligramme par jour avec XXX gouttes de coramine.

Le 26 janvier

Sous l'action du traitement ouabaïne - chloromycétine, la température est tombée à $37^{\circ}4$, mais la malade présente des signes d'obnubilation nette avec signes de confusion mentale, délire, pas de tупhos.

A l'auscultation cardiaque :

- Les bruits s'assourdisent par rapport aux bruits de la veille qui étaient éclatants, le galop s'entend encore.
- Le pouls n'est plus qu'à 100 pulsations par minute,
- La tension artérielle est remontée à 10/8.

Le volume des urines a augmenté (750cc) .

Le 27 janvier

- La température est entre 37 et 38,
- Le transit digestif est normal,
- La rate diminue de volume, elle est encore perçue sous le rebord costal,

- la palpation abdominale et l'examen pulmonaire sont normaux
- A l'auscultation cardiaque :
 - Les bruits du coeur sont rapides, bien frappés
avec encore un galop discret,
 - Le pouls est à 100,
 - La tension est à 10/7,

Le lendemain et les jours suivants tout semble rentrer dans l'ordre.

On signale un état nauséux et un peu de diarrhée imputés au traitement.

La malade a un comportement psychique normal,

Quant à l'auscultation elle montre :

- Un 1er bruit normal, le deuxième étant encore un
peu éclatant,
- Le galop a disparu,
- Le pouls est aux environs de 100,
- La tension artérielle remonte le 1er février à 11½-6.

Le volume des urines augmente progressivement, pas de présence d'albumine.

Aux membres inférieurs, aucun signe de phlébite. Devant une telle amélioration de notre malade le 3 février 1955, on suspend le traitement à la chloromycétine et les injections d'ouabaine.

Le 9 février 1955

On autorise la malade à se lever.

Le 11 février 1955

Un électrocardiogramme de contrôle est enregistré, il montre :

- Dérivations périphériques

P R au 13/100 normal

.../...

Axe de P aux environs de 60

Axe de QRS + 75

Axe de T + 120

T négatif en D_1

QT 32/100

Le segment ST est légèrement subdénivelé en D_2

- Dérivations précordiales : en D_1 - D_2

$\frac{R}{S} = \frac{10}{6}$ un peu trop élevé
en V_5

$\frac{R}{S} = \frac{16}{2}$

T positif en $V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6$.

Déflexion intrinsèque normale

ST légèrement susdénivelé en V_6

En conclusion :

Le T négatif en D_1

La susdénivellation de ST

Troubles du système végétatif.

Le 12 février 1955

Apparaissent deux furoncles de la face interne. L'examen du pus
montre la présence de staphylocoque doré

résistant à : pénicilline,
streptomycine,
choromycine,

non résistant à : auréomycine,
erythromycine.

On ordonne un traitement d'erythromycine. .../...

Au point de vue cardiaque rien à signaler

- pouls à 88

- tension artérielle à 12/6

Le 22 février 1955

Les furoncles des fesses guérissent et il en apparaît un autre sur l'abdomen, mais qui avorte très rapidement.

Le 22 février 1955

Un dernier électrocardiogramme est pratiqué :

P R 12/100

Axe de P à 60

Axe de QRS à 70

Extrasystole d'origine ventriculaire

Axe de T + 35

QT = 32/100

T est positif en D₁

Il n'y a pas de susdénivellation en S₁

ST normal

Tachycardie à 120

- Dérivations précordiales

$\frac{R}{S} = \frac{10 \frac{1}{2}}{8}$ en V₁

$\frac{R}{S} = \frac{18}{2}$ en V₅

T est positif partout

Déflexion intrinsèque normale

Donc électrocardiogramme normal.

Comme la malade après un traitement de 14 jours de chloromycétine, soit 33 g. est, malgré la suspension de traitement, sans température, la possibilité d'une rechute étant écartée, elle sort du service guérie le 25 février 1955.

III - DISCUSSION DU TRAITEMENT

Nous avons donc été en présence d'une malade âgée de 23 ans, à l'état général déficient, qui a présenté une fièvre typhoïde sévère, sans véritable typhos, avec une diarrhée abondante, qui n'a été soignée qu'au dixième septenaire de sa maladie et chez qui, dès le premier jour, on a trouvé une tachycardie importante, révélatrice, avant tout traitement, d'une atteinte du myocarde.

D'autre part, cette malade avait pris par erreur en 7 heures une dose de 1 g.75 de chloromycétine comparable à la dose de charge que l'on administrait dans les premiers temps de l'emploi de la chloromycétine.

Aussi lorsqu'est apparu, avec l'altération de l'état général de la malade, à l'auscultation cardiaque un bruit de galop surajouté à la tachycardie, un abaissement de la maxime de la tension artérielle (de $14 \frac{1}{2}$ à $9 \frac{1}{2}$ en 4 jours) avec pincement de la différentielle signant la complication cardiaque majeure de la fièvre typhoïde : la myocardite, s'est-on posé les problèmes thérapeutiques suivants :

- Fallait-il suspendre l'administration de la chloromycétine ou au contraire la continuer et même augmenter les doses ?
- Fallait-il ajouter au traitement antibiotique de la cortisone ?

La réponse à la première de ces questions dépendait de la cause attribuée à la myocardite constatée chez la malade.

On pouvait estimer qu'il s'agissait d'une myocardite typhique particulièrement aggravée sous l'effet du traitement, par les toxines que libérait une lyse bactérienne importante et brutale imputable notamment à la dose du début (1 g.75 en 7 heures) que l'on pouvait qualifier de dose de charge.

III - DISCUSSION DU TRAITEMENT

Nous avons donc été en présence d'une malade âgée de 23 ans, à l'état général déficient, qui a présenté une fièvre typhoïde sévère, sans véritable typhos, avec une diarrhée abondante, qui n'a été soignée qu'au dixième septenaire de sa maladie et chez qui, dès le premier jour, on a trouvé une tachycardie importante, révélatrice, avant tout traitement, d'une atteinte du myocarde.

D'autre part, cette malade avait pris par erreur en 7 heures une dose de 1 g.75 de chloromycétine comparable à la dose de charge que l'on administrait dans les premiers temps de l'emploi de la chloromycétine.

Aussi lorsqu'est apparu, avec l'altération de l'état général de la malade, à l'auscultation cardiaque un bruit de galop surajouté à la tachycardie, un abaissement de la maxime de la tension artérielle (de $14 \frac{1}{2}$ à $9 \frac{1}{2}$ en 4 jours) avec pincement de la différentielle signant la complication cardiaque majeure de la fièvre typhoïde : la myocardite, s'est-on posé les problèmes thérapeutiques suivants :

- Fallait-il suspendre l'administration de la chloromycétine ou au contraire la continuer et même augmenter les doses ?
- Fallait-il ajouter au traitement antibiotique de la cortisone ?

La réponse à la première de ces questions dépendait de la cause attribuée à la myocardite constatée chez la malade.

On pouvait estimer qu'il s'agissait d'une myocardite typhique particulièrement aggravée sous l'effet du traitement, par les toxines que libérait une lyse bactérienne importante et brutale imputable notamment à la dose du début (1 g.75 en 7 heures) que l'on pouvait qualifier de dose de charge.

A l'appui de cette interprétation on pouvait noter l'apparition dans les trois jours qui ont suivi ce traitement d'un bruit de galop important, très net, s'accompagnant d'une forte chute de tension artérielle.

S'il en était bien ainsi il convenait, en se référant aux observations de PATEL - BAUKEN et MODI, aux observations de SEDALLIAN et de ses collaborateurs, ainsi qu'à celles rapportées par le Professeur MOLLARET, M. REILLY et ses collaborateurs de diminuer la dose de chloromycétine voire même de suspendre temporairement le traitement, l'évolution vers la guérison se faisant moins vite et la chute de température étant retardée. C'est à la même conclusion que conduisent les expériences si spectaculaires faites par le Professeur MOLLARET, M. REILLY et leurs collaborateurs qui démontrent combien l'endotoxine libérée par la lyse bactérienne brutale est nocive pour le myocarde et explique le mécanisme des accidents cardio-vasculaires contemporains des premières heures du traitement, expériences qu'ils résument eux-mêmes ainsi :

"A côté d'innombrables succès, l'emploi de la chloromycétine pour le traitement des fièvres typhoïdes a parfois entraîné des accidents précoces, qui surviennent en particulier après administration des "doses de charge" dans les formes graves de la maladie. Ils se caractérisent par des symptômes de collapsus cardiovasculaire, une accentuation du typhos, l'apparition d'hémorragie digestive ou de distensions intestinales qui simulent la perforation. Leur sémiologie et les lésions dont il procèdent sont comparables à celles des animaux qui succombent à l'injection d'endotoxine typhique. On pouvait donc envisager ces accidents précoces comme la conséquence d'une destruction brutale de germes mettant en liberté leur endotoxine

Cette hypothèse est pleinement confirmée par l'expérimentation sur le cobaye. On sait que, chez cet animal, l'injection de Salmonelles paratyphi B virulents dans le ganglion iléo-caecal engendre, après une courte période d'incubation, une infection d'une durée de quelques jours, et dont les grands traits rappellent la maladie humaine. Or, avec certains échantillons, l'inoculation de quelques milliers de germes, suivie de l'administration orale de chloromycétine, entraîne, en 18 à 40 heures, la mort de l'animal dans le collapsus. Les lésions constatées à l'autopsie sont superposables à celles des cobayes qui succombent après injection intra-veineuse de l'endotoxine extraite du même germe. Elles sont indépendantes de la toxicité propre à la chloromycétine ou de son solvant, mais en rapport avec l'activité endotoxique des germes.

Il en va de même pour l'homme. Chez lui comme chez l'animal, la lyse bactérienne qui s'opère sous l'influence de la chloromycétine dans les foyers adénoïdiens du mésentère, permet au poison, en raison du siège où elle s'effectue, d'irriter par voie réflexe les éléments neuro-végétatifs voisins (d'où les symptômes intestinaux) et d'atteindre, par voie générale, les centres diencéphaliques (d'où les phénomènes d'encéphalite et de collapsus cardiovasculaire). Ce poison unique est neurotrophe, son action entérotrope étant simplement due aux désordres vaso-moteurs qu'il suscite localement. La preuve en est que des germes dénués de toute affinité adénoïdienne, tels que le colibacille ou le vibrion cholérique, mais injectés directement dans les ganglions mésentériques du colage, provoquent sous l'influence de la chloromycétine, les mêmes lésions que les Salmonelles.

La survenue très précoce des accidents après l'administration de chloromycétine montre bien qu'ils sont dus à une endotoxine libérée par une lyse et non à une endotoxine sécrétée par les bacilles.

Administrée par voie orale chez le chien, la chloromycétine est retrouvée dans la lymphe à une concentration au moins égale et généralement supérieure à celle du sang veineux périphérique. La streptomycine au contraire, après injection intramusculaire, n'est présente dans la lymphe qu'à un taux moitié moindre de celui du sang. Or, l'efficacité d'un antibiotique sur la fièvre typhoïde dépend de son pouvoir bactériostatique in vitro sur le germe mais aussi de sa concentration dans la lymphe. Si elle est insuffisante, les foyers adénoïdiens ne peuvent être stérilisés, bien que le taux sanguin de l'antibiotique soit supérieur à celui qui inhibe la culture du germe in vitro. La preuve en est que si, chez le lapin, on supprime l'apport de chloromycétine par la lymphe, en sectionnant tous les lymphatiques d'un ganglion mésentérique, on empêche sa stérilisation facilement réalisée en quelques jours chez le témoin. Un tel fait souligne l'importance de la voie d'administration orale, et des caractères physiques du produit qui commandent son absorption intestinale...

...De l'expérience clinique et de notre expérimentation, ressort le danger, pour l'organisme infecté, d'une lyse trop rapide des Salmonelles. A la notion de "frapper fort", il faut substituer celle du moindre risque. En évitant systématiquement la dose de charge, en prescrivant une dose quotidienne d'autant moins importante que l'état du malade est plus alarmant, prêt même à interrompre passagèrement le traitement devant une aggravation des symptômes le médecin peut éviter les accidents précoces, liés directement à l'action trop brutale de la Chloromycétine".

On pouvait penser à l'inverse qu'il s'agissait d'une forme grave de fièvre typhoïde survenant sur un organisme déjà affaibli sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence du traitement.

Les troubles myocardiques constatés seraient dus à une atteinte des fibres musculaires du myocarde par la toxine typhoïdique (atteinte telle que l'ont décrite autrefois STOKES et HAYEM et dont BENHAROU et ses collaborateurs nous ont relaté récemment les observations, observations cliniques confirmées par leurs recherches électrocardiographiques), survenue

indépendamment du traitement par la chloromycétine.

Pour combattre complètement la maladie il faudrait donc au contraire augmenter la dose de chloromycétine.

Ce qui justifiait cette opinion c'est que :

- au bout de deux jours de traitement, l'hémoculture était encore positive.
- quatre jours de traitement à la chloromycétine n'ont eu aucune action sur la courbe thermique. S'il s'était agi d'un accident dû au médicament on aurait dû constater une chute brutale de la température en même temps que la chute de la tension artérielle et l'apparition à l'auscultation du coeur du bruit de galop.
- une tachycardie avait été notée par le praticien qui avait examiné en ville la malade et avant toute thérapeutique.

On signalera aussi que des fièvres typhoïdes traitées dans le service au cours des semaines précédant l'admission de notre malade, présentaient toutes des fièvres typhoïdes aux bacilles d'Eberth. Elles ont nécessité l'emploi de doses importantes (3 g. par 24 heures de chloromycétine) avant que ne s'améliorent la température et les autres signes cliniques.

C'est donc à cette seconde hypothèse que l'on s'est rallié et simultanément un traitement toni-cardiaque sous forme d'ouabaïne intraveineux à la dose d'un quart de milligramme par jour et coramine XXX gouttes par jour a été institué. Il avait pour but de tenir compte des observations récentes et des expériences déjà citées et de prévenir le caractère redoutable de la libération de toxine éberthienne sur un myocarde déjà atteint. Il visait ainsi à écarter les complications majeures de la

myocardite typhique, la collapsus cardio-vasculaire et la mort subite, qui peuvent survenir à tout instant de l'évolution de la maladie et qui d'ailleurs déjà survenaient avant la thérapeutique antibiotique. Les travaux de DE BRUN en particulier essayaient d'en expliquer le mécanisme. Quant à l'adjonction d'un traitement à la cortisone comme le préconisaient SMADEL et ses collaborateurs américains, "400 mg. le premier jour, 200 mg. le second et 100 mg. le troisième", ou DURAND et RIENOUX qui, appliquant la méthode à 27 malades atteints de fièvre typhoïde extrêmement grave, n'eurent à déployer aucun décès, il n'a pas été jugé nécessaire d'y recourir.

Les expériences faites récemment sur le cobaye par M. REILLY et ses collaborateurs ont en effet démontré que "la cortisone est totalement incapable de conjurer chez le cobaye l'avènement de désordre qu'engendre la libération des germes par l'antibiotique. Et si l'on tient compte de la dose considérable d'hormone qui fut administrée par rapport au poids corporel, on voit combien il serait illusoire de lui attribuer ce pouvoir de prévenir et à plus forte raison de conjurer les accidents majeurs que, chez le typhique, la chloromycétine est capable d'engendrer".

De plus il était à craindre que la cortisone ne déclanche une augmentation de la masse sanguine dans un coeur dont le myocarde était déjà fatigué, l'électrocardiogramme confirmant l'atteinte décelée cliniquement du muscle cardiaque avec dilatation du ventricule gauche. C'est pour-quoi il a semblé préférable d'utiliser l'ouabaïne intraveineuse et la coramine.

.../...

IV -

Telle est l'observation qui nous a été donnée d'étudier. Nous étions bien en présence d'une myocardite typhique telle que la décrivaient les anciens auteurs. Nous avons en effet été mis en éveil par une tachycardie précoce, puis est apparu un galop, qui sous l'influence du traitement ne dura que quelques jours, galop s'accompagnant d'une chute de la maxima de la tension artérielle avec pincement de la différentielle avec un état général assez grave.

Des électrocardiogrammes ont confirmé le diagnostic clinique.

Nous avons donc rattacher notre observation aux nombreux travaux qui ont eu pour étude la myocardite typhique.

FRANTZEL signalait déjà le bruit de galop au cours des maladies infectieuses et en particulier il donnait 24 observations de fièvre typhoïde où il avait observé des complications cardiaques avec bruit de galop ; 16 furent mortelles.

En 1884, dans sa thèse inspirée par le Professeur LEPINE, CHARVET donne une observation d'un malade atteint d'une fièvre typhoïde avec complication cardiaque et bruit de galop.

Chez un jeune homme de 23 ans, au début du 2ème septennaire, se présenta un bruit de galop net, le maximum d'intensité eut lieu le 10ème jour ; il s'accompagna d'une congestion légère de la base droite ; les urines avaient une notable quantité d'albumine. Le bruit de galop persista quelques jours et le malade entra en convalescence au bout de 3 semaines.

En 1886, dans leur traité sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, MM. TRIPIER et BOUVERET signalent deux cas de myocardite typhique.

Le premier cas eut lieu chez une jeune fille qui délirait depuis deux jours avec une fièvre intense,

une notable accélération du pouls ; quand elle fut mise aux bains "on entendait dans la région précordiale un bruit de galop tout à fait comparable à celui de la néphrite interstitielle". Deux jours après le début du traitement par les bains froids ce bruit était remplacé par un souffle à la pointe qui disparut au bout de quelques jours.

Le deuxième cas s'est terminé par la mort.

En 1889, GUYARD dans sa thèse inspirée par le Professeur RENAULT et le Docteur MOLLARD, rapporte 70 observations de myocardite typhique.

En 1900, BACALOGLU fait un travail très important ; il fait la part des lésions proprement myocardiques et des lésions nerveuses et se basant sur de nombreux travaux expérimentaux et examens anatomo-pathologiques, il déclare "on a certainement exagéré le rôle de la myocardite et bien souvent il s'agit de troubles purement nerveux. D'ailleurs est-ce que la présence de quelques granulations dans une fibre musculaire prouve que le malade est mort de son myocarde ? nullement Si la mort est survenue c'est qu'en même temps que l'atteinte myocardique il y a eu empoisonnement général de l'économie et que le système nerveux a été touché plus ou moins profondément". Il donne 22 observations avec troubles cardiaques plus ou moins graves dont 8 se sont terminés par la mort. Nous citerons l'observation n° VIII.

Observation VIII

Le nommé R..., gardien de la paix, âgé de 30 ans rentre le 20 mai dans le service du Docteur MERCKELEN

Antécédents héréditaires : ses parents sont en bonne santé.

Antécédents personnels :

A 14 ans fluxion de poitrine dont il ne s'est jamais ressenti.

Il y a environ 25 jours, se trouvant fatigué, il fut obligé de s'aliter,

- il ressentait une courbature générale, insomnie et agitation, pas de céphalalgie,

- de plus il avait de la constipation, de l'anorexie et la langue chargée ; il consulte un médecin qui lui donne un purgatif. Pas d'amélioration, mais il survient de la diarrhée (selles jaunâtres).

Au jour de son entrée le malade paraît très abattu ; il répond assez difficilement aux questions qu'on lui pose, ne semble pas entendre. Le regard est vague. Il a dit-il, un sommeil lourd ; la surveillante rapporte qu'il a été très agité dans la nuit. On remarque sur la région abdominale de petites tâches, rosées disparaissant à la pression.

La température est élevée, la veille au soir elle était de 39°4.

La langue est sèche, rapeuse, blanche et sale au centre, rouge sur les bords.

Pas d'appétit. Altération continuelle.

Il y a un peu de gargouillement dans la fosse iliaque. Diarrhée jaune accrue.

L'auscultation des poumons fait entendre de gros râles de bronchite,

Le pouls est irrégulier 108.

La tension artérielle 10 - 5.

L'auscultation fait percevoir un bruit de galop des plus nets. En même temps il y a de l'arythmie.

On fait un diagnostic de fièvre typhoïde. D'ailleurs quelques jours plus tard ce diagnostic fut confirmé par le sérodiagnostic positif.

On lui prescrit le régime lacté absolu et des injections de 250 g. de sérum artificiel.

Le 22 mai

Température 40°5.

Injections de sérum.

Le 23 mai

Température 38°2 ;

Pouls 106 ;

Les battements cardiaques sont faibles.

.../...

Le 25 mai

Température 37°1.

Le 26 mai

Bruit de galop très marqué à l'auscultation et à la palpation.

Le 29 mai

Température 37°4.

Le malade est très abattu, il répond avec peine aux questions.

Le 30 mai

Le choc précordial est fort. La pointe bat dans le 6ème espace vers la ligne mammelonnaire.

Pouls 120, arythmique.

Tension artérielle 9.

Il y a quelques râles ronflants à la base du poumon gauche.

Les jours suivants

L'amélioration de l'état général continue.

La fièvre tombe complètement.

On commence à alimenter le malade.

Il persiste au niveau du coeur un bruit de galop et une arythmie.

Le malade sort de l'hôpital trois semaines plus tard guéri de sa fièvre typhoïde, mais avec un coeur et un pouls arythmique. Il est vite essoufflé. C'est un cardiaque après avoir été un dothientérique.

En 1902, GILBERT dans sa thèse sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, rapporte 8 observations. Observations I et II avec affaiblissement des bruits du coeur. L'observations III signale un cas d'embryocardie suivie de mort.

Nous rapporterons les observations IV et VIII comparables à celle que nous avons décrite.

.../...

Observation IV

Lucie M.... âgée de 14 ans entrée à l'hôpital
au 10ème jour environ d'une fièvre typhoïde se manifestant :

par une diarrhée jaune fétide,
une température élevée,
douleur et gargouillements à la pression de la fosse iliaque droite,
quelques taches rosées,
une augmentation de volume de la rate,
de l'albumine dans les urines,
le pouls bat à 120 pulsations par minute.

Le lendemain 16

diérotisme du pouls, mais cet état ne dure que quelques heures.

Pendant les 10 jours qui suivent

la maladie présente un cours régulier,
rien à l'auscultation du cœur,
le pouls est à 140,
la dyspnée est considérable,
on remarque de larges plaques ecchymotiques au niveau du dos, des fesses et des cuisses.

Le 28 juin c'est à dire le 23ème jour de la maladie

les battements du cœur, qui jusqu'ici étaient excellents, deviennent sourds, faibles, tout en restant réguliers.
le pouls est à 150, filiforme.
de plus dyspnée nécessitant des piqûres d'ether.

Le 30 juin

on entend un bruit de galop à la pointe.

Le lendemain

Le bruit de galop avait disparu.
le pouls bat 130 fois par minute.

Le 2 juillet

l'enfant est dans le coma depuis la veille,

.../...

la température s'est élevée à 41°8,

Enfin le coeur présente le rythme si net de l'embryocardie.

Mort à 2 heures de l'après midi.

Les bains tièdes furent donnés jusqu'au moment où parurent les troubles du côté du coeur et remplacés par des lotions.

Autopsie à la coupe - le myocarde est très légèrement pâle, mais cette teinte n'est pas assez prononcée pour qu'il puisse être affirmé une dégénérescence de la fibre cardiaque.

Ulcérations des plaques de PEYER,

Rate très hypertrophiée,

Poumons congestionnés aux bases.

Observation V - tachycardie typhique donne guérison.

Observation VI - collapsus donne mort; Observation VII collapsus donne guérison.

Observation VIII

Albert X... 13 ans entre à l'hôpital le 18 octobre au 8ème jour d'une fièvre typhoïde caractérisée ;

une diarrhée jaune fétide,

douleur dans la fosse iliaque droite,

tâches rosées lenticulaires etc...

température 40°,

le soir pouls à 110.

Pendant les 4 premiers jours

rien d'anormal du côté du coeur.

Le 23 octobre

le pouls est dicrote,

l'auscultation du coeur révèle des battements précipités avec un affaiblissement du 1er bruit et un rythme de galop,

l'extrémité des membres supérieurs est cyanosée

Dès l'apparition de ces symptômes d'affaiblissement du coeur on supprime les bains tièdes et on prescrit XXX gouttes de teinture de digitale.

.../...

Les 24 et 25 octobre

Le rythme de galop persiste. Les battements du coeur sont toujours très faibles. Le premier temps est soufflant à la pointe, de plus ils sont irréguliers.

Le pouls est à 110, dépressible, intermittent, la température est à 39°5.

On prescrit 1 g. de caféine en injections hypodermiques.

Le 27 octobre

La température a fait une chute brusque de deux degrés. On émet l'hypothèse d'une hémorragie intestinale mais les selles examinées avec soin ne renferment pas de sang,

le pouls est toujours irrégulier,

les battements du coeur sont un peu meilleurs.

Le 28 octobre

le dicrotisme du pouls reparait,

les battements du coeur se régularisent.

Le 30 octobre

le pouls est régulier, mais on note des intermittences,

le bruit de galop persiste.

Le 31 octobre

la température est à 37°7,

le pouls à 90, plus de dicrotisme,

les bruits du coeur sont normaux, le rythme en galop a disparu mais on constate toujours les intermittences.

La digitale est suspendue, la caféine est continuée à la dose de 1 g.

Le 3 novembre

Les intermittences ont disparu depuis la veille, le pouls est plus fort et très régulier, 70 pulsations.

Le 5 novembre

un léger dédoublement du 2ème temps qui n'existe plus le lendemain.

Le 8 novembre

pouls et coeur normaux.

La dose de caféine est abaissée à 0 g.50 puis supprimée quelques jours après.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie et ne présente rien d'anormal du côté du coeur.

En 1914 MOLLARD, étudiant les complications cardiaques dans la fièvre typhoïde pendant le cours de la maladie et pendant la convalescence, rapporte trois observations personnelles de fièvre typhoïde avec complications cardiaques et particulièrement bruit de galop.

Observation I

Il s'agissait d'un homme porteur de lésions cardiaques anciennes. On a trouvé un bruit de galop persistant au cours d'une fièvre typhoïde terminée par la mort. Alternatives préterminales de bruit de galop et d'une tachycardie extrême (144) avec assourdissement des bruits.

Observation II

Bruit de galop n'ayant persisté que quelques jours à la période d'intensité maxima d'une fièvre typhoïde grave chez un jeune homme indemne de lésions pathologiques antérieures. Guérison après phlébite. Le galop fut le seul signe cardiaque observé ; à noter cependant qu'il avait été précédé d'un léger assourdissement des bruits.

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans entré le 15 octobre 1913 à l'hôpital Saint Pothin pour une atteinte d'appendicite gangreneuse.

De plus il rappelle les études antérieures faites sur des convalescents de fièvre typhoïde.

En 1916 BERNOU, dans sa thèse sur "La tachycardie, la bradycardie, le bruit de galop dans la fièvre typhoïde" rapporte plusieurs observations dont nous avons extrait l'observation suivante qui nous a semblé particulièrement démonstrative.

.../...

Le nommé R. ANTOINE 16 ans, manoeuvre, rentre le 21 novembre 1916 dans le service de Monsieur le Professeur Urbain MONNIER, salle 8.

Antécédents héréditaires :

Père mort brusquement il y a 8 ans, le malade ne peut donner de renseignements complémentaires. Mère bien portante.

Antécédents personnels :

Le malade prétend avoir toujours été bien portant jusqu'à là.

Depuis une quinzaine de jours le malade accuse une fatigue générale avec céphalée vive, tintements et bourdonnements d'oreilles, éblouissements, insomnies. L'appétit diminue peu à peu. Selles abondantes de couleur jaune. Au bout d'une dizaine de jours les manifestations morbides s'étant accentuées, le malade est obligé de cesser ses occupations et de s'aliter. Depuis ce jour (17 novembre) la céphalée est intense, l'anorexie complète, la diarrhée profuse, les épistaxis répétées.

A son entrée à l'hôpital le malade est plongé dans un état de stupeur très marqué ; délire. Langue blanche au centre, dépouillée sur les bords, piliers antérieurs rouges. Le ventre est ballonné, sensible à la pression. La palpation révèle des gargouillements dans la fosse iliaque droite. Le foie déborde les fausses côtes. La rate est très augmentée de volume. Submatité légère au poulmon droit. Rétraction ~~peu~~ accentuée du thorax dans la région sous ~~claviculaire~~ ~~claviculaire~~ droite, légère diminution du murmure vésiculaire à droite, râles aux bases. Dyspnée assez marquée, ni toux, ni expectoration,

Coeur - bruit de galop très net. Pouls hypotendu, rapide, battant à 130 pulsations par minute. Température 39°7-40°.

Réflexe rotulien exagéré et trépidation épileptoïde
L'examen des urines révèle une albumine abondante.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde et l'on ordonne XV gouttes de sol. d'adrénaline au 1/1000.

Le 22 novembre

On note l'apparition de tâches rosées lenticulaires.

.../...

Le 25 novembre

Le bruit de galop persiste. Les bruits cardiaques sont très assourdis.

Le pouls est filiforme, fréquent à 140 pulsations à la minute.

On ordonne XXX gouttes de sol-adréraline au 1/1000

Le 29 novembre

le pouls se ralentit à 120 en même temps que le bruit de galop disparaît.

Le malade est toujours très prostré.

Le 2 décembre

La température remonte à 38°2,
le galop reparait.

Le 10 décembre

La défervescence thermique se complète rapidement,
on ne trouve plus le bruit de galop.

Le 17 décembre

Violent point de côté à gauche avec oppression ; aucun phénomène pleuro-pulmonaire.

foie très douloureux,
le bruit de galop est survenu de nouveau,
la température monte à 40°2
le pouls devient fréquent, bat à 130.

On fait le diagnostic d'hépatite éberthurine.

Le 19 décembre

~~La~~ température retombe brusquement,
le bruit de galop persiste.

Le malade demeure subcitérique.

Le 24 décembre

Nouvel accès fébrile, la température monte à 40°,
les téguments se foncent,
les urines sont chargées en pigments.

.../...

Le 26 décembre

Apyrexie complète qui va durer jusqu'au 1 janvier.
Pendant toute cette période on retrouve le bruit de galop à chaque examen.

Le 2 janvier

Nouvelle poussée thermique ne correspondant pas cette fois à un phénomène douloureux.

Le 4 janvier

Le bruit de galop disparaît,
l'apyrexie est devenue complète, elle se maintient encore le 1er février, jour de sortie du malade

Le 24 février

Le malade revient à l'hôpital. Il raconte que du 1er au 24 février il a dû se coucher fréquemment par suite de fatigue extrême dans les membres inférieurs.

La douleur a persisté à droite dans la région hépatique.

Il a noté lui-même des palpitations.

* Il revient à l'hôpital avec une forte fièvre provoquée par une poussée d'hépatite éberthienne.

Du côté du cœur on note un bruit de galop très net que l'on retrouvera encore le lendemain.

Le pouls bat à 80 pulsations par minute.

La température revient lentement à la normale, mais le bruit de galop ne réapparaîtra plus.

Le 26 avril

Le malade est guéri de son hépatite, mais son cœur reste insuffisant ; il accuse des palpitations et présente une tachycardie d'effort.

En résumé ce jeune homme a présenté au cours d'une dothiéntérie grave et prolongée, compliquée de poussées d'hépatite éberthienne, un bruit de galop qui a persisté pendant presque toute la durée de la maladie.

Le bruit de galop a été trouvé dès l'entrée du malade à l'hôpital, c'est à dire pendant la période d'état et depuis il a été retrouvé, presque constamment, à chaque examen. Il a disparu seulement pendant deux courtes

.../...

périodes, l'une de 3 jours, l'autre de 8 jours qui correspondent à deux minima de la courbe de température. Revenu après la seconde disparition au moment d'une forte poussée thermique, il s'est prolongé cette fois après la fièvre. Le myocarde atteint par le poison typhique revenant difficilement à son fonctionnement normal.

Le bruit de galop n'a pas montré dans ce cas de rapport bien direct avec le chiffre des pulsations.

Pendant toute la maladie le pouls fut très faible on dut le soutenir et ordonner XXX gouttes de la sol. adrénaline à 1/1000.

En 1926 DE BRUN, reprenant les travaux de MM. VAQUEZ et LAUBRY indique l'importance prédominante des facteurs fonctionnelle au cours de la fièvre typhoïde et il rappelle le terme de myocardie que donnait M. LAUBRY et il rappelle qu'il faut nettement séparer les phénomènes de "myocardie" du collapsus et de la mort subite.

En effet dès 1921 LAUBRY disait "le bruit de galop est aussi conditionné par l'hypotonicité du myocarde et il devient le symptôme cardinal du trouble fonctionnel profond, auquel l'un de nous, pour ne rien préjuger d'un état anatomique sous-jacent, réserve depuis longtemps le nom de myocardie."

En 1925 il ajoutait : "au cours de ces dernières années l'un de nous a fait souvent allusion à un syndrome d'insuffisance cardiaque que n'expliquent ni lésions valvulaires, ni troubles vasculaires périphériques, ni altérations myocardiques décelables. L'enquête étiologique la plus minutieuse, l'examen clinique le plus attentif restent impuissant à déceler la cause de l'asystolie, mais son caractère précoce et irréductible impose à l'esprit la conception d'une atteinte fonctionnelle, primitive de la fibre myocardique. Nous réservons à

ces faits le nom de myocardie tant pour les isoler du groupes des myocardiites auquel ils n'appartiennent pas que pour marquer la participation vraisemblable du myocarde à leur pathogénie".

Son élève WALSER reprenant ses théories disait dans sa thèse "La clinique apporte d'autres arguments à la conception de la myocardie. Les signes d'insuffisance cardiaque que l'on est accoutumé à guetter dans l'évolution d'un rhumatisme d'une fièvre typhoïde, d'une diphtérie (tachycardie, bruit de galop, assourdissement du coeur) cèdent souvent au traitement toni cardiaque d'une façon qui exclut l'hypothèse de lésions myocardiques causales. On a bien plutôt l'impression d'un trouble fonctionnel d'origine toxique ou toxinique, intéressant de manière électique, par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses, la tonicité ou la contractilité cardiaque. Le mot de myocardie, pris dans un sens général qui attend de nouvelles recherches, une plus grande précision, s'applique bien plus heureusement à ces faits que celui de myocardite".

En 1929, CLERC et Robert LERY reprennent ce problème et ils étudient la myocardite surtout au point de vue électrocardiographique et LESSART dans sa thèse en 1933 reprend leurs travaux. Nous en avons retiré l'observation XXI qui était cliniquement assez semblable à celle qu'il nous a été donnée d'observer.

Observation XXI

Marguerite D.... 20 ans est admise le 3 octobre 1927, salle Rabelais, dans le service du Professeur CLERC Elle se plaint de céphalée et de lombalgies. Sa température est à 40° Le début remonte à 10 jours ; malaise général, anorexie, céphalée, insomnies, sueurs, abondantes et épistaxis.

.../...

A l'examen :
 malade pâle, fatiguée, dyspnéique.
 32 respirations par minute,
 température à 40°,
 pouls à 132,
 quelques crachats noirs (épistaxis)
 abdomen distendu, sensible à la pression,
 pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite
 pas de tâches rosées lenticulaires,
 foie normal,
 rate palpable et percevable,
 langue et gorge normales,
 poumons normaux,
 coeur : bruits rapides (132), réguliers
 tension artérielle 10 $\frac{1}{2}$ -8.

Le 5 octobre 1923

Torpeur,
 température à 39;
 lèvres fuligineuses, langue sèche,
 quelques tâches rosées,
 la rate est palpable,
 le foie déborde de deux travers de doigts les fausses
 côtes,
 au coeur : ébauche de galop,
 tachycardie à 120,
 pouls dicrote,
 tension artérielle 9 - 4
 poumons normaux.

Le lendemain

disparition du bruit de galop.

Le 8 octobre 1927

syncope de quelques minutes au cours de la nuit.
 Même état général.

.../...

La maladie évoluera ensuite normalement, la rate et le foie diminuèrent graduellement de volume, la diarrhée cessa et la malade sortit de sa tropeur. Evolution lente mais régulière vers la guérison.

La malade quitte l'hôpital entièrement rétablie le 14 janvier 1928, en bon état général ; bruits du cœur normaux, pouls à 88, tension artérielle à 8 - 5.

Tracés électrocardiographiques -

Le 7 octobre 1927	tracé normal,
le 17 octobre 1927	onde T positive en D ₁ est déphasique en D ₂ - D ₃ ,
Le 29 octobre 1927	Onde T négative en D ₁ est négative en D ₂ - D ₃ ,
Le 4 novembre 1927	même aspect,
Le 14 novembre 1927	tracé normal : onde T positive dans les 3 dérivations,
Le 25 novembre 1927	tracé normal.

5 autres tracés dont le dernier en date est du 14 janvier révèlent des profils normaux.

En résumé fièvre typhoïde grave terminée par la guérison. Signes cliniques de myocardite, décrotisme du pouls, tachycardie prononcée (132), hypotension artérielle.

Les tracés mettent en évidence une atypie de l'onde T en D₁ et D₂ sous forme de déphasisme et d'inversion.

A la convalescence cœur et tracés électrocardiographiques normaux.

En 1937 l'École de MARSEILLE avec AUDIBERT et en 1938 l'étude que fait Mme RAYBAUD SAILLET dans la thèse sur le cœur dans la fièvre typhoïde, et l'étude des séquelles lointaines de la myocardite typhique montre que la fièvre typhoïde, comme toute maladie infectieuse, peut entraîner une maladie chronique.

Avec l'apparition de la chloromycétine de nombreux travaux sur la fièvre typhoïde ont été publiés et dans toutes les statistiques on constate combien le pronostic de la fièvre typhoïde a changé, c'est ainsi que sur une statistique de 100 cas publiée par le Professeur MOLLARET on ne trouve aucune myocardite.

Cela ne veut pas dire que les complications cardiaques de la fièvre typhoïde ont complètement disparu. En effet dans une statistique de 22 cas traités par la chloromycétine dans le service du Docteur MARQUEZY à l'hôpital TROUSSEAU (thèse de Madame OUVIN) on trouve trois cas de myocardite alors que dans ce même service sur 175 cas de 1943 à 1949 il y a eu 15 observations de myocardites. Nous rapporterons brièvement ces cas.

Observation I

L00.... 22 mois entre dans le service le 27.10.49
Il est malade depuis 8 jours, diarrhée, fièvre. Dans le service le tableau clinique est assez sévère - enfant abattu, délirant.

Hémoculture à l'entrée se montre positive para B

Le traitement de chloromycétine est institué le 9ème jour de la maladie 1 g. 25 le 1er jour, 1 g. 75 les suivants.

La température tombe de 39°5 à 37 en 4 jours mais au 10ème jour, soit au 2ème jour du traitement, on observe un assourdissement des bruits du coeur et une tension artérielle basse et pincée.

Administration de cortine et analeptiques cardiovasculaires et on continue le traitement de la chloromycétine, la tension remonte mais au 14 et 15ème jour on note une nouvelle chute de tension artérielle qui réagit bien à l'administration de syncortyl, pressyl-coramine et un nouvel assourdissement des bruits du coeur.

L'enfant sort le 10.11.49, après 6 semaines d'hospitalisation guéri.

.../...

Observation II

Lors d'une rechute en cours de traitement, la tension artérielle passe de 10.5 à 8.6 et reste basse plusieurs jours.

Observation III

Effondrement tensionnel 5 - 2

Tachycardie à 140 au 10ème jour de la maladie et au 3ème jour du traitement.

Anne Marie J.... 4 ans $\frac{1}{2}$, entre le 26 mai, elle est malade depuis 2 jours avec 39°5 et rhinopharyngite.

Une hémoculture faite au 6ème jour de fièvre révèle positif para B. On note en plus de l'hyperthermie, un tu-phos net, une splénomégalie. L'enfant est mise à la chloromycétine au 8ème jour de la maladie.

On donne 0 g.50 le 1er jour, 1 g. pendant 3 jours puis 0 g. 50 pendant 6 jours. La température tombe de 40° à 37°5 en 4 jours, mais n'atteint 37° qu'au bout de 10 jours de traitement.

Au 3ème jour de traitement en pleine défervescence on observe une atteinte cardiaque, une tachycardie à 140 un effondrement tensionnel 5 - 2 qui réagit vite à l'administration du syncorstyl, soluspaternerne, coramine.

L'évolution reste très favorable. L'enfant sort après 4 semaines d'hospitalisation le 25 mai.

De même dans une communication faite par Henri MARTIN et ses collaborateurs sur 43 cas de fièvres typhoïdes traités à l'Institut Pasteur, on trouve une observation rapportée par DEMOURS dans sa thèse où on voit que la chloromycétine, loin d'aggraver le pronostic, a, au contraire, transformé la marche de la maladie en y associant ouabaine et syncortyl.

Observation

Mme C... âgée de 56 ans entre dans le service le 13 septembre 1949 pour typhoïde à Eberth.

.../...

Depuis 15 jours, cette malade présente une fièvre élevée ainsi qu'une céphalée intense. Insomnie, épistaxis pas de troubles digestifs.

A son entrée à l'hôpital très fatiguée, répondant mal aux questions posées et se plaignant de céphalée intense. Température à 39°8, pouls à 100.

Appareil digestif :

langue safranée,
amygdales rouges sans ulcérations,
abdomen tendu, gargouillements au niveau de la fosse iliaque droite,
présence de nombreuses taches rosées.

Appareil cardiaque :

bruits assourdis présentant un rythme pectoral

L'examen des autres appareils est négatif.

On donne 17 g. de chloromycétine en 5 jours, et on complète le traitement avec l'administration d'ouabaine et de syncortyl.

Au bout de 3 jours, rechute ; on donne 25 g. de chloromycétine. Puis guérison.

En résumé : malade très fatiguée avec atteinte cardiaque nette pour laquelle la chloromycétine sans avoir un effet très rapide a transformé l'évolution presque fatale de cette typhoïde.

PERREAU - BAYLE dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux rapportent que sur 54 malades "les complications cardiovasculaires sont rares. Ils signalent une arythmie complète après la défervescence chez une femme de 50 ans qui avait une cardiopathie rhumatismale et avait présenté antérieurement des crises identiques, différentes seulement par leur moindre durée. Une myocardite à forme hyposystolique avec cyanose, tachycardie, hypotension, oedème douloureux au bras droit, foyer congestif de la base droite avec hémoptysies. Ces signes étaient contemporains de la phase aigue, fébrile de cette typhoïde grave qui évolue vers la guérison."

.../...

En même temps que BOQUIEN rapporte qu'entre le 15 juillet et le 15 novembre 1949, il a vu 85 malades dont 60 ont une hémoculture ou un séro-diagnostic fortement positif.

Sur ces 60 malades il constate quelques complications dont 4 myocardites, aucune mort. Si on compare avec les 60 dernières typhoïdes avant le traitement à la chloromycétine on trouve 18 complications dont 7 myocardites, dont 1 mortelle.

LONGCHAMPT et CARBONEL rapportant une statistique de 140 cas de fièvre typhoïde traités par la chloromycétine ne signalent aucun collapsus cardiaque mais par contre un décès dû à une myocardite (la seule) chez une femme de 50 ans entrée au 3ème septennaire avec une myocardite et un syndrome ataxo-adyynamique. La chloromycétine amena assez rapidement la chute thermique mais la malade mourut au 6ème jour de collapsus cardiaque.

Enfin BENHAMOU et ses collaborateurs rapportent une statistique de 300 cas et sur 300 cas ils notent avec des examens électrocardiographiques à l'appui 15 observations de malades ayant présenté des signes de myocardite typhique tels que les décrivaient les anciens auteurs et ils concluent "lorsque apparaît une myocardite la nécessité s'impose non seulement de poursuivre le traitement avec la chloromycétine, mais encore avec les autres antibiotiques associés et en particulier avec l'auréomycine et aussi avec les médications biologiques comme les globulines de convalescent ou le sérum hyper-immunisé d'animal qui s'adressent à la toxémie.

Et l'on aura recours aussitôt aux toni-cardiaques majeurs sous contrôle des examens électrocardiographiques répétés... la digitaline per os nous avons le plus souvent donné la préférence à l'ouabaine utilisée d'abord en injection intra-veineuse puis en suppositoires dès l'amélioration des signes cliniques."

V- CONCLUSION

Nous voyons d'après ce rapide historique que le traitement par la chloromycétine s'il a transformé complètement l'évolution de la fièvre typhoïde, n'a pas néanmoins fait complètement disparaître les complications cardiaques telles que les décrivait les anciens auteurs que ce soit la myocardite avec sa tachycardie, son assourdissement des bruits parfois avec un bruit de galop surajouté, l'effondrement de la tension artérielle ou que ce soit le collapsus cardio-vasculaire brutal avec la mort subite.

Le traitement de la myocardite à l'aide de la chloromycétine s'avère être un traitement délicat, en effet il faut assez de médicament pour détruire les germes en cause et néanmoins il ne faut pas prescrire une dose trop importante car il faut toujours avoir présent à l'esprit cet accident redoutable qu'est le collapsus déclenché par la lyse bactérienne trop soudaine si bien étudié par les expériences de M. RAILLY et de ses collaborateurs.

Il faudra toujours y associer des traitements toni-cardiaques et un contrôle électrocardiographique.

Quoiqu'il en soit à l'heure actuelle l'apparition d'une myocardite au cours de la fièvre typhoïde n'a plus son évolution si redoutable grâce à un traitement bien conduit de chloromycétine.

Vu : Le Président de Thèse
P. MOLLARET

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de PARIS
L. BINET

Vu et permis d'imprimer :
Le Rédacteur de l'Académie de PARIS
Jean SARRAILH.

- B I B L I O G R A P H I E -

- | | | |
|--|---|---|
| AUDIBERT V.
RAYBAUD A.
GIRAUD COSTA E. | } | Recherches cliniques et électrocardiographiques sur le
coeur des typhiques.
Marseille Médical 1933 25.2 <u>70</u> 6 p. 293 |
| AUDIBERT V.
RAYBAUD A.
GIRAUD COSTA E. | } | Les troubles de la contraction auriculaire au cours des
septicémies éberthiennes.
Marseille médical 1937 25.1 <u>74</u> 3 p.92-99 |
| AUDIBERT V.
RAYBAUD A.
GIRAUD COSTA E.
ERLANDE BRANDENBURG G. | } | Etudes de l'espace ST dans la fièvre typhoïde.
Marseille médical 1937 25.1 <u>74</u> 3 p.100-116 |
| AUDIBERT V.
RAYBAUD A. | } | Sequelles lointaines de la myocardite typhique
Marseille médical 1937 25.1 <u>74</u> 3 p.117-128 |
| BACALOGLU C. | } | Le coeur dans la fièvre typhoïde
Thèse de Paris 1900 - 1901 n° 110 |
| BENHAMOU E.
ALBOU E. | } | La myocardite typhique et le contrôle électrocardiographi
que.
Semaine des Hop. 1950 26.10 <u>26</u> 79 p. 4115-4120 |
| BENHAMOU E.
ALBOU E. | } | Les examens électrocardiographiques au cours des fièvres
typhoïdes traitées par la chloromycétine.
Bull. & Mém. Soc. méd. des Hop. de PARIS
Séance 10.2.50 <u>66</u> 5 - 6 p.173-183 |
| BENHAMOU E. | } | 100 cas de fièvres typhoïdes traités par la chloromycéti-
ne.
Semaine des Hop. 1950 22.1 <u>26</u> 6 p.229-235 |

.../...

- BERNOU A.E.M. } Considérations sur la tachycardie, la bradycardie, le bruit
de galop au cours de la fièvre typhoïde
Thèse BORDEAUX 1916 - 1917 n° 28
- BROW G.R. } The heart in typhoid fever
Canadian med. asso Journal juin 1929 6 p.606
- DE BRUN R. } La myocardite dans la fièvre typhoïde
Presse médicales. 1926 1.12 34 96 p.1507-1511
- DE BRUN R. } Le collapsus typhique
DE FONT REAULX P. } Gazette des Hopitaux 1937 6.3 110 19 p. 301
309
1937 13.3 110 21 p.333
339
- BOQUIEN Y. } Résultats du traitement par la chloromycétine de 60 fiè-
HERVOUET D. } vres typhoïdes
HILLERITEAU } Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1949
65 séance du 16.12 32-33 p.1396-1401
- CLAISSE R. } Remarques sur le traitement des infections typhoparatyphi-
DEUIL R. } ques par la chloromycétine.
Paris médical 1950 14.1 139 2 p.28-32
- CHARVET P. } Contribution à l'étude du bruit de galop
Thèse LYON 1884
- CHAGAS E. } Contribution à l'étude des altérations du coeur dans la
fièvre typhoïde (étude électrocardiographique)
CR. Soc. Bio. de RIO DE JANEIRO 1930
CVI Séances 27.12 p.505-506

- CLERC A.
ROBERT LEVY J. } Recherches électrocardiographiques au cours de la fièvre typhoïde
CR. Soc. Bio. de PARIS 1929
100 séances 20.4 p.1072-1075
- CORNIL L.
POUSINES Y.
GIRAUD COSTA E. } La myocardite typhique expérimentale. Les aspects lésionnels du myocarde ; les corrélations anatomo-pathologiques
CR. Soc. Bio. de PARIS 1933
113 séances 27.5 p.352-354
- DIEULAFOY } De la mort subite dans la fièvre typhoïde
Thèse PARIS 1869
- DURAND P.
RENOUX G. } Traitement de la fièvre typhoïde par la cortisone associée aux antibiotiques (60 observations)
Semaine des Hop. 1953 26-30.8 29 52 - 53
p. 2555-2559
- ENGEL L. } Myocardites post-typhoïdiques tardives
Thèse de NANCY 1927 - 1928
- FARINAUD E.
PORTES } La chloromycétine à dose progressive dans le traitement des fièvres typhoïdes à formes hypertoxiques.
Presse médicale 1951 6.1 59 p.3-4
- GWYARD E. } Contribution à l'étude de la myocardite typhique
Thèse de LYON 1899 - 1900
- HANOT V. } Fièvre typhoïde : dilatation du coeur droit, bruit de gallop persistant.
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1895
12 14.4 p.332 - 337

- HUCHARD M.H. } Sur les signes d'affaiblissement du coeur dans les fièvres
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1894
11 séance 6.7. p. 495 - 504
- HUCHARD M.H. } Sur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1894
11 séance 27.7 p. 595 - 598
- LAGOANIERE J.L. (de) } Essai sur la myocardite typhique - Role des intoxications
microbiennes associées - Etude physiologique, histologique
et expérimentale.
Thèse LYON 1908 - 1909 n° 39
- LAUBRY Ch.
WALSER. J. } Sur un cas d'insuffisance cardiaque primitive ; les myo-
cardies
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1925
49 séance 13.3 p. 409 - 418
- LESSARD R. } Le coeur dans la fièvre typhoïde
Thèse de PARIS 1933
- LIAN C. } Insuffisance myocardite primitive des maladies aiguës ou
chroniques et l'hypodynamie du myocarde
Progrès médical 1927 30.7 31 p.1185
- LUTENBACHER R. } La bradycardie dans la fièvre typhoïde
Presse médicale 1921 24.9 29 77 p.766
- MAINZER R. } Electrocardiography study of typhoid myocardites
Brit heart journal 1947 july 59 p.145-153

.../...

- MARTIN R.
CHABBERT Y.
SUREAU B.
BARNES Cl.
DEMOURS Cl.
LEMER G.
MOUSSET M. Melle
DEMOURS SCHUR Mme
KIENER J. Melle
- Quelques remarques sur 40 cas de fièvre typhoïde traités par la chloromycétine.
Le concours médical 1950 4.3. 72 9
p.646 - 657
- MOLLARD J.
- Les troubles cardiaques dans la convalescence de la fièvre typhoïde
Presse médicale 1900 10.1 8 3 p.19 - 22
- MOLLARD J.
DUMAS A.
- Du bruit de galop au cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde d'après quelques cas personnels
Revue de méd. 1914 10.3 34 3 p.184 - 207
1914 10.4 34 4 p.297 - 320
- MATTEI Ch.
- Traitement de la fièvre typhoïde par la chloromycétine (9 observations dont 3 avec rechutes)
Académie Nationale de Méd. 1949 15.11 133
p.652 - 654
- MOLLARET P.
REILLY J.
BASTIN R.
TOURNIER P.
- Accidents du traitement des fièvres typhoïde et paratyphoïde par la chloromycétine (à propos d'une statistique de 100 cas)
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1950
66 27.1 3 - 4 p. 85-96
- PERREAU P.
BAYLE V.
- Traitement de la fièvre typhoïde par la chloromycétine à propos de 54 cas.
Bull. & Mém. Soc. des Hop. de PARIS 1949
65 séance du 16.12 32 - 33 p.1411 - 1403

- NAUSSAC H. } Etude sur le chloramphénicol
 BLANC R. } Journal médical de LYON 1950 5.5 31 p.383-393
 REBOUL J. }
- PATEL } Chloramphenicol in typhoid fever
 BANKER D. } Brit. Med. Journal 1949 22.10 p.908-909
 MODI C. }
- RAYBAUD A. } Un aspect électrocardiographique, évolutif particulier chez
 GIRAUD COSTA E. } le typhique
 CR. Soc. Bio. 1933-
 113 séance 25.4 p. 315-317
- RAYBAUD SAILLET M.L. Mme } Coeur typhique (Etude clinique et électrocardiographique)
 Thèse MARSEILLE 1938
- RAVINA A. } Faut-il adjoindre la cortisone à la chloromycétine dans
 le traitement de la fièvre typhoïde?
 Presse méd. 1951 7.11 59 73 p.1518
- REILLY J. } Les accidents du traitement des fièvres typhoïdes par la
 COMPAGNON A. } chloromycétine.
 TOURNIER P. } Etude expérimentale et déductions thérapeutiques
 BASTIN R. } Annales de Méd. 1950 51 7 p.597-654
 DU BUIT M. }
- REILLY J. } La prévention et le traitement des accidents observés chez
 COMPAGNON A. } les typhiques après administration de chloromycétine
 TOURNIER P. } Etudes expérimentales et déductions thérapeutiques
 DU BUIT M. } Annales de Méd. 1954 60 1 p. 5-34

- RIEUX
ARLOING
LAGOANERE J.L. (de)
- Recherches histologiques expérimentales sur la myocardite typhique
CR. Soc. Bio. PARIS 1908 65 19.12 p.651
- SEDAILLAN P.
MARAL R.
EXBRAYAT
GAILLARD L.
- Morts rapides par collapsus après institution d'un traitement à la chloromycétine
Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hop. de PARIS 1950
66 13.1 1 - 2 p. 50-54
- SMADÉL J.E.
LEY H.L.
DIERCKX F.H.
- Traitement de la fièvre typhoïde par la cortisone et le chloramphénicol associés
Progrès médical 1951 10.5 79 9 p.421
- SMADÉL J.E.
LEY H.L.
DIERCKX F.H.
- Treatment of typhoid fever : Il combinet therapy with cortisone and chloramphenicol
Ann. int. Méd. 1951 janvier 34 1 p. 1-9
- WALSER J.
- La myocardite
Thèse PARIS 1825
- WILLAUME
- De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde
Thèse PARIS 1887
- WILM A. Mello
- Le cœur de l'enfant dans les maladies typhoïdes
Contribution apportée par l'étude de l'électrocardiogramme
Thèse PARIS 1934
- WAHL M.
- A propos des formes graves de fièvres typhoïdes - considérations générales résumées et leurs conséquences thérapeutiques
Concours méd. 1951 16.6 73 24 p. 2271-2274

